

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA IV**



Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização

Melhoria no Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, UBS
Esplanada, Caxias do Sul, RS

CAROLINA RANGEL MARCKI

Pelotas, 2015

CAROLINA RANGEL MARCKI

Melhoria no Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, UBS
Esplanada, Caxias do Sul, RS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Saúde da Família – EaD – UNASUS/UFPel,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Tassiane Ferreira Lagendorf

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M313m Marcki, Carolina Rangel

Melhoria no Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS / Carolina Rangel Marcki; Tassiane Ferreira Langendorf, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Langendorf, Tassiane Ferreira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico esse trabalho aos pacientes que permitem que consigamos aprender através de suas patologias e que colaboraram para o sucesso da intervenção.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela oportunidade de aprendizado durante esse ano. Agradeço a minha família pelo apoio e dedicação de sempre e a todos os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Esplanada pelo apoio, companheirismo e amizade diária.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico indicativo da proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 49 |
| Figura 2 | Gráfico indicativo da proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 50 |
| Figura 3 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 51 |
| Figura 4 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 52 |
| Figura 5 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 53 |
| Figura 6 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 53 |
| Figura 7 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 55 |
| Figura 8 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 56 |
| Figura 9 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 56 |
| Figura 10 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 57 |
| Figura 11 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 58 |
| Figura 12 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 59 |
| Figura 13 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS. | 60 |

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção primária à saúde
CAPS - Centro de Apoio Psicossocial
CP – exame citopatológico
DM – Diabetes Mellitus
ECG – Eletrocardiograma
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT - Hemoglicoteste
HIPERDIA – acompanhamento e cadastramento de hipertensos e diabéticos
HPV – Papiloma vírus humano
INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, qualidade e tecnologia
JEC – Junção Escamo - colunar
Min - Minutos
mmHg – Milímetros de mercúrio
NASF - Núcleo de Saúde da Família
ONG – Organização não-governamental
PA – Pressão Arterial
PACS - Programa de agentes comunitários de saúde
RS – Rio Grande do Sul
SISCOLO – Sistema de Informação do câncer de Colo do útero
UBS – Unidade Básica de Saúde
VIGIMAMA – Programa de Vigilância ao Câncer de Mama

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Resumo | 9 |
| Apresentação | 10 |
| 1 Análise Situacional | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 11 |
| 1.2 Relatório de Análise Situacional | 13 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 18 |
| 2 Análise Estratégica | 18 |
| 2.1 Justificativa | 18 |
| 2.3 Objetivos e metas | 20 |
| 2.3.1 Detalhamento das Ações | 22 |
| 2.3.2 Indicadores | 34 |
| 2.3.3 Logística | 40 |
| 2.3.4 Cronograma | 42 |
| 3 Relatório de Intervenção | 45 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 45 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 48 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 49 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços | 49 |
| 4 Avaliação da Intervenção | 51 |
| 4.1 Resultados | 51 |
| 4.2 Discussão | 67 |
| 4.3 Relatório da intervenção para gestores | 69 |
| 4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade | 71 |
| 5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem | 74 |
| 6 Referências | 76 |
| Anexos | 77 |
| Anexo 1 - Ficha Espelho | 78 |
| Anexo 2 – Planilha de coleta de dados | 79 |
| Anexo 3 – comitê de ética | 80 |

RESUMO

MARCKI, Carolina Rangel. **Melhoria no Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS** – 2015. 80 f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho apresenta os resultados da intervenção realizada com hipertensos e diabéticos usuários da Unidade Básica de Saúde Esplanada em Caxias do Sul – RS. O objetivo do trabalho foi melhorar a atenção à saúde de adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O material utilizado na intervenção foram os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde do ano de 2013. As metas propostas abrangeram quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção teve duração de 12 semanas, de agosto a novembro de 2014. Os objetivos principais eram realizar exame clínico completo, atualizar condutas em atraso e realizar orientações sobre prevenção através de hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física, cessação do hábito de fumar e orientações sobre saúde bucal. Os resultados foram satisfatórios, conseguimos ampliar a cobertura através do cadastramento dos pacientes, atingindo 25% de hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados. Os indicadores atingidos mostraram uma boa assistência prestada aos usuários, foram alcançados altos índices na maioria deles e a implementação da intervenção melhorou o acesso e o cuidado a esses doentes crônicos. A intervenção permanece incorporada à rotina da unidade e todas as atividades propostas continuam em seguimento, permanecemos colhendo bons resultados e melhorando a atenção a esses pacientes.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão

APRESENTAÇÃO

O trabalho de conclusão aqui apresentado foi realizado através das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O projeto de intervenção proposto foi construído através da análise situacional e estratégica da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde do município de Caxias do Sul/RS, visando à melhoria da atenção aos pacientes diabéticos e hipertensos.

Podemos observar no presente trabalho, a análise situacional, com a descrição da situação da estratégia de saúde da família e atenção primária à saúde do município de Caxias do Sul. RS. Nessa análise foram detectados os problemas existentes na assistência e posteriormente foi realizada a análise estratégica e projeto de intervenção. O relatório de intervenção descreve as ações propostas e realizadas; os resultados abordam a análise quantitativa e qualitativa dos resultados alcançados; e as considerações finais analisam o sucesso da intervenção e as possíveis melhorias ainda a serem realizadas através da reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS

Caxias do Sul, cidade do interior do Rio Grande do Sul, possui cerca de 430 mil habitantes na zona urbana e 17.000 na zona rural. Possui 46 unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e destas, 22 possuem estratégia de saúde da família, contando atualmente com 35 equipes. Sou médica na UBS Esplanada, uma unidade de porte três que possui uma área de 600 metros quadrados, possui mais de 75.000 prontuários cadastrados e conta com quatro equipes de estratégia de saúde da família e uma equipe do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) com um médico. Sou médica da equipe dois e a equipe é composta por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e um dentista.

Acredito que todos os componentes da equipe realizam suas atribuições como: reconhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos qual a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parceiras com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Sendo a atenção primária à saúde (APS), a porta de entrada do sistema, acredito que por ser uma unidade antiga, a maioria dos usuários do bairro já caracteriza a UBS como o primeiro recurso para saúde. É possível ver a formação de vínculo entre profissionais e a população assistida. A marcação de consultas é realizada por telefone e é de fácil acesso para população. Eventualmente existem reclamações por conta do número de consultas e a necessidade de mais atendimentos. Visando a prevenção, promoção e manutenção da saúde, muitas atividades são realizadas na unidade, são elas:

- Saúde da mulher: extremamente estruturada, conta com um ginecologista durante 20 horas semanais, as consultas obstétricas e ginecológicas são realizadas por ele e eventualmente existe a necessidade do clínico atender essas pacientes. Seguindo o princípio da integralidade, todas as mulheres atendidas pelo médico generalista recebem orientações sobre a importância da coleta do citopatológico (CP) vaginal e o realizam posterior à consulta. A coleta de CP é realizada pelas enfermeiras e o médico realiza a solicitação de mamografia, quando necessário.

- Saúde da gestante: organizada pelas enfermeiras e pelo médico especialista, as consultas são agendadas conforme a idade gestacional e os encaminhamentos são realizados quando necessário, existe um grande vínculo entre as gestantes e a unidade, obviamente com algumas exceções. Além dos atendimentos de pré-natal, toda semana é realizado um grupo de apoio e informação para as gestantes.

- Saúde do idoso: em minha equipe tenho poucos idosos, na equipe um, a grande maioria dos idosos possui a “Caderneta do Idoso” o que facilita a educação em saúde e o atendimento clínico.

- Saúde da criança: o atendimento pediátrico é realizado durante todas as manhãs, as puericulturas são realizadas exclusivamente pelos pediatras e algumas crianças são repassadas ao médico generalista, quando necessário.

- Saúde do adolescente: não existe grupo para adolescentes na UBS, a única medida de prevenção realizada até o momento foi à vacinação contra o HPV, as meninas que não realizaram a vacinação na sua escola estão procurando a UBS para realizá-la.

- Doenças Crônicas: os encontros do grupo de prevenção para hipertensão e diabetes são realizados no período de março a novembro e infelizmente atingem somente uma equipe da unidade. Outro projeto realizado é o programa “Respirando bem” que visa cadastrar os pacientes com patologias pulmonares obstrutivas crônicas e realizar o controle de consultas com pneumologistas e evitar múltiplas internações. O cadastro para usuários de oxigênio domiciliar também é realizado pela equipe.

Contamos também com atendimento odontológico durante 40 horas semanais e serviços como: coleta de exames laboratoriais na unidade, coleta domiciliar para pacientes acamados, testes rápidos nas quartas-feiras e aferição de pressão arterial e HGT que são realizadas, todos os dias, pelos técnicos de enfermagem.

Por fim, acredito estar trabalhando em uma unidade básica de saúde modelo, os projetos funcionam e os profissionais são engajados, todas as ideias são aceitas e o vínculo com a população faz com que as equipes se dediquem e queiram criar sempre novas estratégias de prevenção e manutenção da saúde.

1.2 Relatório da análise situacional

O município de Caxias do Sul, localizado na região da serra gaúcha, possui cerca de 430 mil habitantes, a maioria da população reside na zona urbana da cidade. A população rural é de aproximadamente 17 mil habitantes. A cidade possui 46 UBS tradicionais, desde total de unidades, 22 possuem estratégia de saúde da família, totalizando 35 equipes.

Os níveis secundário e terciário de atenção contam com um centro de especialidades odontológicas e as especialidades médicas dispõem de três ambulatorios: Centro de Especialidades, Universidade de Caxias do Sul e Clélia Manfro. Já, a rede hospitalar conveniada ao SUS, é composta por três hospitais, sendo eles o Hospital Geral, o Hospital Pompéia e o Hospital Virvi Ramos. As internações hospitalares em sua maioria são realizadas nos três hospitais conveniados ao SUS, ocorrendo à falta, a prefeitura compra leitos em hospitais particulares da cidade. Essa compra ocorre principalmente em unidades de terapia intensiva e no período de maior frio na região (junho, julho, agosto).

Os exames complementares são realizados em laboratórios da própria prefeitura e também em laboratórios conveniados. Os tratamentos psiquiátricos são realizados no centro de atenção psicossocial (CAPS) em nível ambulatorial e na Clínica Paulo Guedes, em nível de internação. Apesar de o NASF ser regulamentado desde 2008, o município não dispõe deste apoio até o momento, nos foi informado pela prefeitura que ele está sendo implantado, porém ainda não foi concretizado.

Atuo na UBS Esplanada, localizada na região urbana do município de Caxias do Sul. A unidade é de porte três, tem uma área de 600 metros quadrados, possui aproximadamente 30.000 pessoas com prontuários cadastrados e conta com quatro equipes de estratégia de saúde da família e uma equipe PACS. Sou médica da equipe dois e a equipe é composta por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal e um dentista. Algumas equipes de ESF possuem déficit de profissionais como agentes de saúde, minha equipe, conforme dados populacionais da área, está completa, porém grande parte

do território não é mapeado e, assim, não recebe visitas e têm seus dados subestimados.

Analisando a estrutura, pude perceber que a unidade em que trabalho, possui grande parte de instrumentais e equipamentos em boas condições de uso. As manutenções são organizadas e raramente aguardamos um longo período para que elas aconteçam. Temos medicamentos e vacinas em número suficientes, porém alguns medicamentos são fornecidos somente no centro especializado em saúde que fica no centro da cidade, o que dificulta o acesso muitas vezes.

Temos computadores na unidade, porém eles só estão disponíveis para realizar o agendamento das consultas especializadas e de exames complementares. A ausência de internet também é um ponto negativo, dificultando eventuais consultas e pesquisas. Não possuímos livros para pesquisas e cada profissional, especialmente os médicos, levam os seus livros particulares para utilizarem durante o expediente. Visando melhorar o atendimento e diminuir o número de encaminhamentos para especialistas, a prefeitura da cidade está organizando capacitações que apresentam protocolos baseados em evidências e estudos recentes, que buscam atualizar e guiar os profissionais.

Em relação a exames realizados e consulta com médicos especialistas, o tempo médio é de 30 dias ou mais, podendo variar conforme área. Para eliminar as grandes listas de espera, os gerentes das unidades estão enviando seus encaminhamentos (com demanda reprimida maior) para serem regulados através de uma central, atrás de alta-moderada-baixa prioridade, esses pacientes serão triados e atendidos posteriormente.

Em minha unidade todos os profissionais, exceto as recepcionistas, participam do mapeamento e territorialização da área. O cuidado em saúde é realizado fora da unidade também, utilizam-se organizações não governamentais (ONGs), grupos de convivência, escolas entre outros. Para os pacientes faltosos ou que estejam entre grupos de risco, a busca ativa é realizada pelos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para os pacientes que necessitam de cuidado domiciliar, temos agendamento para as quatro equipes de saúde da família. As visitas ocorrem a cada 15 dias e normalmente 6 pacientes são visitados no turno. Durante as visitas domiciliares são realizadas consulta médica, consulta de enfermagem e demais procedimentos de baixa

complexidade que necessitem ser realizados, como: vacinas, curativos, aferição de pressão arterial, troca de bolsa de ostomia, troca de sonda e coleta de exames.

Havendo a necessidade de encaminhamento de pacientes para serviços especializados, a unidade respeita fluxos de referência e contra referência, utilizando-se de protocolos para triagem. Quando retornam do especialista ou da alta hospitalar, a enfermeira entra em contato com o paciente para agendar revisão e seguir as orientações descritas na contra referência. Em relação às notificações compulsórias, essas sempre são realizadas, ocorrendo busca ativa de contactantes, se necessário.

Os grupos de educação em saúde realizados na unidade contam com a participação de todos os profissionais, a convocação dos pacientes é realizada diariamente através de recados em mural e informações da equipe. Os profissionais também participam de capacitações que visam atualização técnica e fortalecimento do controle social. Semanalmente, questões são discutidas em reunião de equipe, a unidade fecha suas portas por duas horas e todos os profissionais participam das discussões.

Os atendimentos são divididos entre os de urgência e os previamente marcados. As consultas são agendadas por telefone no dia anterior a consulta. Após muita polêmica sobre como deveria ser realizado o agendamento, a nova forma de marcação está completando um ano e possui bons resultados. Anteriormente ao novo método, ocorriam longas filas na entrada da unidade, principalmente pela manhã, como moramos em uma cidade fria, era extremamente desconfortável aguardar pela marcação da consulta. Atualmente, são agendadas 28 consultas dia e dessas, duas são chamadas de vaga zero - reservadas para agravos agudos. Os pacientes que não conseguem ser atendidos pelo profissional médico, passam pelo acolhimento da enfermagem. Dependendo da gravidade, são atendidos mesmo ultrapassando o número de consultas. Sendo também orientados a procurar o Pronto Atendimento 24h do município ou a agendar uma consulta médica.

Conforme dados de 2013 fornecidos pelos agentes comunitários de saúde e organizados pela prefeitura, temos uma área de abrangência que fornece atendimento para 9.857 pessoas. Acreditamos que esse dado seja subestimado, já que temos cadastrados aproximadamente 70.000 prontuários e calculamos uma frequência de aproximadamente 35.000 pessoas. Também não possuímos dados disponíveis de

indicadores de cobertura e qualidade. Conforme dados fornecidos pela secretaria de saúde, os números sugerem equipes adequadas, como podemos observar na tabela:

| | | |
|---------------|--------------|--------------|
| Equipe 1 | 1370 pessoas | 524 famílias |
| Equipe 2 | 2809 pessoas | 889 famílias |
| Equipe 3 | 1936 pessoas | 601 famílias |
| Equipe 4 | 2173 pessoas | 651 famílias |
| Equipe 5/PACS | 1569 pessoas | 421 famílias |

As equipes de saúde da família necessitam estar abertas à população e buscar perceber as individualidades dos pacientes, priorizando resgatar recursos, melhorar a qualidade de vida, favorecer a formação de vínculo e principalmente aliviar o sofrimento dos que procuram atendimento na UBS. Em vista disso, a qualidade do acolhimento à demanda espontânea é fundamental. Na unidade em que trabalho, temos uma sala específica para realizar o acolhimento, realizado exclusivamente pela enfermagem, todos os dias, e visando com que todos os pacientes que procurem o posto de saúde tenham suas necessidades atendidas, gerando assim, uma capacidade ampliada de escuta. Devido a grande demanda, os pacientes são acolhidos e no caso de falta de vagas para consultas médicas, são encaminhados ao pronto-atendimento, principalmente no caso de agudização de problemas de saúde. Os que não necessitam de consultas de urgência são agendados (aguardam média 20 dias para a consulta) e quando uma grande demanda para quadros agudos ocorrem, os pacientes são encaminhados para o pronto-atendimento e no caso de gestantes, para o centro obstétrico.

Na unidade em que atuo as ações são bem estabelecidas, porém nem sempre completamente contempladas como gostaríamos, em relação à saúde da criança temos um serviço extremamente organizado. Os atendimentos pediátricos são realizados durante todas as manhãs, as puericulturas são realizadas exclusivamente pelos pediatras e algumas crianças são repassadas ao médico generalista, quando necessário. Conforme programa acolhe bebê, realizado pela prefeitura da cidade, os recém-nascidos saem do hospital com a primeira consulta de puericultura já agendada. As demais consultas são programadas pela equipe de enfermagem e seguem a frequência estipulada pelo Ministério da Saúde. O teste do pezinho é realizado durante a primeira consulta e um arquivo realizado pela equipe de enfermagem busca pacientes que não compareceram ao exame.

O programa de pré-natal é bastante organizado, as gestantes e puérperas possuem prontuários organizados de forma separada pela equipe de enfermagem, forma na qual facilita a busca de pacientes faltosas e encaminhamentos ao serviço de maior complexidade, ambulatório de alto risco da Universidade de Caxias do Sul. As consultas são realizadas com as enfermeiras e o médico especialista, são agendadas conforme a idade gestacional e existe um grande vínculo entre as gestantes e a unidade, obviamente com algumas exceções. Além dos atendimentos de pré-natal, toda semana é realizado um grupo de apoio e informação para as gestantes.

Extremamente estruturada, a prevenção de câncer de colo uterino e mama é realizada todos os dias na unidade e em todos os turnos. Contamos com um ginecologista durante 20 horas semanais, as consultas obstétricas e ginecológicas são realizadas por ele e eventualmente existe a necessidade do médico clínico atender essas pacientes. A coleta de CP (citopatológico) é realizada pelas enfermeiras e o médico realiza a solicitação de mamografia, quando necessário. Existe um arquivo realizado pela enfermagem que nos informa as datas de exames citopatológicos prévios, facilitando a próxima coleta e diminuindo os atrasos nas coletas anuais. Os resultados são enviados ao SISCOLO, sistema de informações do câncer do colo do útero, municipal. Um dado relevante é a qualidade das amostras, a grande maioria tem amostra da JEC e a qualidade é classificada como satisfatória. A prevenção do Câncer de Mama não possui arquivos para registro, porém, sempre que alguma mamografia possui alterações, a unidade é notificada pelo VIGIMAMA municipal para posterior solicitação de ecografia mamária, por exemplo, ou encaminhamento ao mastologista.

Os usuários hipertensos e diabéticos podem participar dos encontros do grupo de prevenção que são realizados no período de março a novembro e buscam orientar e vincular a população à unidade. Infelizmente, o grupo existente na unidade, abrange somente uma equipe no momento. Não possuímos outros grupos para orientações desses pacientes. Eles possuem prioridade na atenção primária e podem eventualmente marcar consultas para retornos e renovações de receituário. Não temos um controle de consultas em dia e exames prioritários básicos para essa população, déficit importante na unidade.

A unidade possui um número elevado de idosos, como eles são grande parte de uma equipe específica de ESF e em ação realizada no ano de 2013 eles foram cadastrados, a grande maioria dos idosos possui a “Caderneta do Idoso”, o que facilita

a educação em saúde e o atendimento clínico. Planejamos ampliar o preenchimento de caderneta para idosos das demais equipes.

Acredito que os esforços para melhorar a qualidade da atenção à população, devem de ser focados na busca de recursos humanos, incluindo agentes comunitários para adstrição total da clientela. Uma importante e simples ação seria melhorar a qualidade dos registros das ações programáticas da UBS, qualificando o serviço.

1.3 Comentário sobre a análise situacional

Quando iniciei a Especialização em Saúde da Família, na segunda semana, foi solicitada uma postagem em um fórum que debatia a situação da UBS de cada especializando. Naquele momento, ainda não conseguia perceber os problemas da unidade e acredito que ao responder os questionários pude avaliar todas as áreas de atenção da UBS e obter uma visão mais crítica da rotina da unidade. Ações que promovam a qualidade de registros são essenciais, outro ponto que ressalto é a desorganização da reunião de equipe, os problemas são discutidos, pactuamos algumas decisões, porém elas quase nunca são colocadas em prática por todos os trabalhadores da unidade. Ao comparar a situação inicial da unidade, relatada em primeiro texto solicitado, com relatório após análise situacional, pude perceber que minha visão mudou bastante sobre sugerir novas ações a unidade, acreditava que todos os profissionais eram engajados e incentivadores de novos projetos, porém percebi que não temos facilidade ao incluir novas atividades.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas com grande prevalência na população mundial. A HAS é um grave problema de saúde pública. A prevalência no Brasil pode variar entre 22% e 44% para adultos, chegando a 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e em números ainda maiores para indivíduos com mais de 70 anos, 75%. (BRASIL, 2013). Sendo a doença cardiovascular mais frequente, também se torna o principal fator de risco para complicações como a cardiopatia isquêmica, por exemplo. O DM e a HAS são

responsáveis por um grande número de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e além da elevada mortalidade são causas de insuficiência renal crônica na grande maioria dos pacientes submetidos à diálise. Juntas, elas apresentam alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. (BRASIL, 2013). Para reduzir os fatores de risco dessas patologias e diminuir a morbimortalidade e perda da qualidade de vida, a atenção básica possui papel importante. As mudanças no estilo de vida são muito importantes no processo terapêutico e devem ser abordadas em todas as consultas. Orientações sobre alimentação saudável, controle de peso, prática de atividade física, controle do consumo de sal, controle do tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores que devem ser abordados durante atendimento e grupos de educação em saúde.

A UBS Esplanada, na cidade de Caxias do sul, abrange uma população total de 9.857 pessoas, desses, 1.659 são hipertensos e 155 são diabéticos, conforme dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde. Temos quatro equipes de saúde da família e uma equipe PACS com um médico clínico, diariamente, durante os atendimentos, percebemos a alta prevalência dessas patologias e o pouco conhecimento que o paciente possui sobre elas.

O alvo da intervenção são os pacientes hipertensos e diabéticos e tenho como meta cadastrar esses pacientes e orientá-los em encontros quinzenais com o grupo de educação em saúde. Não possuímos cadastro para esses pacientes, o que dificulta o controle de indicadores de qualidade como exames laboratoriais em atraso e retorno para consultas de revisão. O cadastramento será feito através de consultas diárias e análise de arquivos, no caso de revisão de prontuários, os pacientes serão agendados para consulta de revisão, solicitação de exames laboratoriais, estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre mudança de estilo de vida e convite para participação do grupo de convivência e educação em saúde para esses doentes crônicos. Pensando nas ações coletivas, pretendo através dos encontros quinzenais, organizar palestras com a nutricionista da unidade e demais profissionais fundamentais no controle dos fatores de risco para essas patologias.

Para o sucesso da intervenção, todos os profissionais devem estar engajados atuando durante as orientações, acolhimento, verificação de pressão arterial e hemoglicoteste, até o atendimento clínico do paciente. Acredito que a intervenção trará benefícios a todos os usuários acometidos com essas doenças tão prevalentes,

mas principalmente aos pacientes com alto risco de complicações e que muitas vezes não são monitorados com a frequência necessária.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

2.2.2 Objetivos específicos

Objetivo 1 – Cobertura: ampliar a cobertura para diabéticos e hipertensos da UBS Esplanada.

Objetivo 2 – Qualidade: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3 – Adesão: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Objetivo 4 – Registro: melhorar o registro das informações.

Objetivo 5 – Avaliação de risco: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Objetivo 6 – Promoção de saúde: promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.3 Metas

Metas referentes ao objetivo 1 – cobertura

1 – Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2 – Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 2 – qualidade

3 – Garantir a realização de exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados;

4 – Garantir a realização de exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados;

5 – Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

6 – Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

7 – Garantir a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

8 – Garantir a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

9 – Garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados;

10 – Garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados;

Metas referentes ao objetivo 3 – adesão

11 – Buscar 100% dos pacientes hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

12 – Buscar 100% dos pacientes diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

Metas referentes ao objetivo 4 – registro

13 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

14 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Metas referentes ao objetivo 5 – avaliação de risco

15 – Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

16 – Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Metas referentes ao objetivo 6 – promoção de saúde

17 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados;

18 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados;

19 – Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

20 – Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

21 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

22 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

23 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

24 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Objetivo 1 – Cobertura: ampliar a cobertura para diabéticos e hipertensos da UBS Esplanada.

Meta 1: Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo temático monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: cadastrar os pacientes hipertensos e diabéticos que realizarem consultas médicas durante o período designado para intervenção, outras formas de cadastramento desses pacientes serão: análise de prontuários, participantes do grupo de educação em saúde pra hipertensos e diabéticos e, pacientes previamente cadastrados pelas agentes comunitárias de saúde – com posterior análise de prontuário. O cadastro será realizado somente pelo médico responsável pelo atendimento.

Eixo temático organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Preencher ficha espelho no ato do cadastramento de hipertensos e diabéticos. Realizar o cadastramento dos pacientes através da planilha eletrônica também fornecida ela especialização. Os prontuários serão identificados com um carimbo criado para identificar pacientes cadastrados na intervenção.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Acolhimento de pacientes diabéticos e hipertensos continuará sendo realizado pela equipe de enfermagem. Pacientes de alto risco terão prioridade na marcação de consultas. Pacientes que realizarem aferição de pressão arterial e hemoglicoteste e, tiverem seus resultados alterados, serão encaminhados ao acolhimento para marcação de consulta e orientações com equipe de enfermagem.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar se os aparelhos estão calibrados e em condições de atendimento adequado. No caso de material inadequado, será solicitada a substituição do mesmo junto a Secretaria Municipal de Saúde.

Eixo temático engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com a pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Orientações durante as consultas médicas, orientações na sala de espera da unidade e junto aos programas com a comunidade. As orientações na sala de espera, as visitas domiciliares e nos grupos, serão realizadas de maneira multidisciplinar, contando com o auxílio da enfermagem, nutrição e agentes comunitários de saúde.

Eixo temático qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os agentes comunitários de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; Capacitar a equipe da UBS para realização de hemoglicoteste em pacientes com PA maior ou igual a 130 x 85 mmHg.

Detalhamento: Realizar capacitações após as reuniões de equipe.

Objetivo 2 – Qualidade: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Garantir a realização de exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados;

Meta 2: Garantir a realização de exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados;

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 5: Garantir a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 6: Garantir a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 7: Garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados;

Meta 8: Garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados;

Eixo temático monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Revisão do arquivo de armazenamento de fichas-espelho de pacientes diabéticos e hipertensos previamente cadastrados para posterior marcação de consultas de pacientes com condutas em atraso e orientações a esses pacientes durante a consulta para que eles saibam quando é necessário retornar para exame clínico periódico e/ou solicitação de exames.

Eixo temático organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares

definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo a validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe após as reuniões de equipe, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde; Garantir com o gestor municipal a realização de exames e a distribuição de medicamentos. Manter versão impressa de Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (Ministério da Saúde, 2013), na unidade de saúde para eventuais consultas dos profissionais.

Eixo temático engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários a terem acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis maneiras de facilitar esse acesso.

Detalhamento: Orientação dos usuários durante consulta médica, grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos e visitas domiciliares.

Eixo temático qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitar a equipe durante as reuniões de equipe.

Objetivo 3 – Adesão: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 1: Buscar 100% dos pacientes hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

Meta 2: Buscar 100% dos pacientes diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

Eixo temático monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: revisão periódica do arquivo de armazenamento de fichas-espelho para verificação de consultas e exames em atraso.

Eixo temático organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares e contatos telefônicos para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Realizar o planejamento das visitas domiciliares a partir dos pacientes que não estão em dia com exames clínicos e laboratoriais e facilitar seu acesso na UBS. Os pacientes com condutas em atraso serão buscados através da revisão periódica do arquivo de armazenamento de fichas-espelho para verificação de consultas e exames em atraso, e posterior busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde da equipe.

Eixo temático engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos

portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Orientar os usuários durante as consultas médicas, orientações na sala de espera da unidade e junto aos encontros de educação em saúde para hipertensos e diabéticos que ocorrerão quinzenalmente na unidade.

Eixo temático qualificação da prática clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: Realizar capacitações após as reuniões de equipe e encontros de educação em saúde para hipertensos e diabéticos que ocorrerão quinzenalmente na unidade e terão a participação dos ACS, técnicos e enfermeiras.

Objetivo 4 – Registro: melhorar o registro das informações.

Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Eixo temático monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A revisão periódica do arquivo de armazenamento de fichas-espelho será realizada pelo médico e enfermeiras mensalmente e posterior à revisão, será realizada uma listagem de pacientes que necessitam voltar no próximo mês. A equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde entrarão em contato com esses pacientes para agendar consulta clínica.

Eixo temático organização e gestão do serviço

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Os registros serão monitorados pelo médico com auxílio da equipe de enfermagem. A planilha eletrônica fornecida pela especialização será preenchida pelo médico responsável. Após preenchimento de ficha espelho que será guardada em arquivo próprio, o médico e a equipe de enfermagem, terão como tarefa mensal, revisar arquivo para verificar pacientes com consultas e exames em atraso.

Eixo temático engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Orientação dos pacientes durante consultas médicas e encontros do grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos.

Eixo temático qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe após as reuniões de equipe.

Objetivo 5 – Avaliação de risco: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 1: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Meta 2: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Eixo temático monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Revisar arquivo de armazenamento de fichas-espelho de hipertensos e diabéticos periodicamente, realizar a estratificação do risco cardiovascular em 10 anos, a partir dos exames complementares, realizados no mínimo anualmente. A estratificação de risco será realizada durante ou após as consultas, conforme retorno com exames e dados necessários para estratificação.

Eixo temático organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Priorizar retornos frequentes aos pacientes considerados como de alto risco cardiovascular. De responsabilidade do médico, após estratificação e detecção de pacientes de alto risco, deixar retorno agendado. Organizar a agenda para que no mínimo quatro horários sejam reservados a retornos desses doentes crônicos todos os dias.

Eixo temático engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à

importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Orientação durante as consultas médicas e nos encontros do grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos que ocorrerão quinzenalmente.

Eixo temático qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; Capacitar a equipe para a importância do registro dessa avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitar a equipe após as reuniões de equipe, orientando sobre o Escore de Framingham e sua forma de realização. O escore será realizado pelo médico durante ou após a consulta, conforme coleta de dados para estratificação.

Objetivo 6 – Promoção de saúde: promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados;

Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados;

Meta 3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Meta 4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados

Eixo temático monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Revisar o cadastro periodicamente através de planilha eletrônica para monitorar a realização das avaliações odontológicas dos pacientes hipertensos e diabéticos. Tornar rotineira a orientação nutricional e o incentivo às atividades físicas durante as consultas médicas, incentivar a cessação do tabagismo durante as consultas.

Eixo temático organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para esses pacientes; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nessa atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

Detalhamento: Facilitar o agendamento de consultas odontológicas para os pacientes hipertensos e diabéticos perante aos demais pacientes, a facilitação ocorrerá através do encaminhamento do médico clínico ao dentista. Priorizar o atendimento aos pacientes caracterizados como alto risco odontológico (pacientes hipertensos e diabéticos podem agendar consultas odontológicas em qualquer

momento do mês, ao contrário dos grupos que não pertencem a nenhuma ação programática, que agendam as consultas apenas no primeiro dia do mês). Incentivar a prática de atividades físicas. Incentivo à participação dos encontros do grupo de educação em saúde que ocorrerão semanalmente na unidade.

Eixo temático engajamento público

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a interssetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Orientação de hábitos saudáveis e incentivo à participação dos encontros do grupo de educação em saúde que ocorrerão semanalmente na unidade. Orientar os pacientes sobre a realização de atividades físicas e busca por melhorias no estilo de vida.

Eixo temático qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe durante as reuniões de equipe para uma completa atenção ao paciente hipertenso e diabético segundo o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (Ministério da Saúde, 2013).

2.3.2 INDICADORES

Indicadores referentes às metas de cobertura

Meta: Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes estimados na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes estimados na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes às metas de qualidade

Meta: Garantir a realização de exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados;

Indicador 1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta: Garantir a realização de exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados;

Indicador 2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Indicador 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Indicador 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta: Garantir a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta: Garantir a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta: Garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados;

Indicador 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados;

Indicador 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes às metas de adesão

Meta: Buscar 100% dos pacientes hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

Indicador 1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta: Buscar 100% dos pacientes diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

Indicador 2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicadores referentes às metas de registro

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores referentes às metas de avaliação de risco

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Indicador 1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Indicador 2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores referentes às metas de promoção de saúde

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados;

Indicador 1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados;

Indicador 2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Indicador 3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Indicador 4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Indicador 5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Indicador 6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Indicador 7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados

Indicador 8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 LOGÍSTICA

O protocolo adotado como base da intervenção faz parte dos Cadernos da Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (Ministério da Saúde, 2013). Irei cadastrar os pacientes hipertensos e diabéticos que realizarem consultas médicas durante o período designado para intervenção, outras formas de cadastramento desses pacientes serão: análise de prontuários, participantes do grupo de educação em saúde (encontros quinzenais) e pacientes previamente cadastrados pelas agentes comunitárias de saúde – com posterior análise de prontuário. O cadastro será realizado somente pelo médico responsável pelo atendimento. No ato do cadastramento, o médico irá preencher a ficha-espelho fornecida pela especialização e impressa pela Secretaria Municipal de Saúde. A ficha contempla os indicadores de saúde e monitoramento dos pacientes através de: avaliação de risco cardiovascular, controle pressórico, níveis de glicemia, controle do tabagismo, exames laboratoriais de rotina, orientações sobre saúde bucal, orientação sobre alimentação saudável e atividade física e o exame clínico dos pés, no caso de pacientes diabéticos. Além disso, será realizado o cadastramento dos pacientes através da planilha eletrônica também fornecida pela especialização. Os prontuários serão identificados com um carimbo criado para a intervenção, através desse cadastramento, facilitaremos a identificação dos pacientes no ato da marcação de consultas, para que tenham prioridade no agendamento. Pacientes que realizarem aferição de pressão arterial e hemoglicoteste e, tiverem seus resultados alterados, serão encaminhados ao acolhimento para marcação de consulta e, posterior realização de diagnóstico pelo médico e cadastramento. A revisão periódica do arquivo de armazenamento das fichas-espelho será realizada pelo médico e enfermeiras mensalmente e posterior à revisão, será realizada uma listagem de pacientes que necessitam voltar no próximo

mês, à equipe de enfermagem e ACS entrarão em contato com esses pacientes para agendar consulta clínica.

A meta da intervenção durante os três meses será cadastrar 25% dos pacientes hipertensos (415) e 80% dos pacientes diabéticos (124). As fotocópias da ficha espelho serão produzidas na Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio da gerente da Unidade Básica de Saúde. As fichas serão armazenadas em arquivo próprio, por ordem alfabética, e durante a primeira e as demais consultas de rotina, os dados coletados serão anotados. Nessa ficha iremos descrever todas as informações solicitadas, facilitando que os próximos médicos que realizarem o atendimento, sigam a rotina de anotarem os dados na ficha e consigam controlar de forma mais organizada os fatores de risco existentes. O controle do cadastramento de pacientes será revisado pelo médico mensalmente, através de preenchimento de planilha eletrônica fornecida pela especialização. Através da revisão do arquivo de armazenamento de fichas-espelho, que será realizada pelo médico e enfermeiras mensalmente, poderemos verificar se os usuários estão com condutas em atraso.

Também será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, a orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos, a realização de orientação para atividade física regular e a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos. Os materiais para a aferição, tanto da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), como da realização do hemoglicoteste, são revisados anualmente pelo INMETRO e, no caso de inadequação, os mesmos serão substituídos, após solicitação de enfermeira responsável pelo material. A equipe que compõe a unidade de saúde Esplanada (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal, nutricionista e assistente social) será capacitada após a reunião de equipe que ocorre todas as terças-feiras e terá duração de 30 minutos. O objetivo da capacitação será orientar os profissionais sobre o protocolo utilizado na intervenção, abrangendo a periodicidade das consultas; a verificação da pressão arterial de forma criteriosa; o uso adequado do manguito; a solicitação de exames complementares de maneira adequada; a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; a orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; a realização da

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificação da qualidade de materiais (esfigmomanômetro, hemoglicoteste, fita métrica) | x | | | | | | | | | | | |
| Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Comunicar os agentes comunitários de saúde sobre buscas ativas a serem realizadas e receber retorno de buscas ativas já feitas | x | | | x | | | | x | | | | x |
| Facilitar o retorno de pacientes diabéticos e hipertensos | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Impressão de protocolo para consulta na UBS | x | | | | | | | | | | | |
| Informar e convidar a população para participarem do grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Informar a população durante sala de espera através de folders, auto-falante e cartazes | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Buscar parceria com o gestor municipal a fim garantir melhoria ao atendimento dos hipertensos e diabéticos | | x | | | | x | | | | x | | |
| Capacitação da equipe para correto cadastramento de | x | | | | x | | | | x | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| pacientes e verificação criteriosa de aferição da pressão arterial e hemoglicoteste | | | | | | | | | | | | |
| Monitoramento das ações de intervenção | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Encontros do grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos | | x | | x | | x | | x | | x | | x |
| Adequar a agenda dos dentistas para disponibilizar vagas para pacientes hipertensos e diabéticos | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Organização da agenda para atendimento de pacientes avaliados como de alto risco e de pacientes faltosos captados na busca ativa | x | | | | x | | | | x | | | |

3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

3.1 Ações propostas e desenvolvidas

No desenvolvimento da intervenção uma das ações proposta teve como objetivo o cadastramento de usuários diabéticos e hipertensos na unidade e consequente acompanhamento destes. Foi iniciado o cadastro de todos os usuários hipertensos e diabéticos que realizaram atendimento médico na UBS, aos participantes do grupo quinzenal de educação em saúde para hipertensos e diabéticos e também aos usuários adstritos pelas agentes comunitárias de saúde. O cadastro foi realizado pelo médico responsável pela intervenção, ou seja, mesmo que atendido pelos demais clínicos, era o responsável que preenchia a ficha-espelho e monitorava os dados. Garantindo assim o registro adequado de dados no cadastro.

No ato do cadastramento, a ficha-espelho era preenchida e um carimbo da intervenção era colocado no prontuário, facilitando assim a identificação de usuários já cadastrados. Outra ação proposta que percebemos uma grande melhora foi no acolhimento na sala de enfermagem, após início da intervenção, horários para esses pacientes crônicos eram reservados na agenda. Através de encontros do grupo para hipertensos e diabéticos, facilitamos o retorno de pacientes para renovação de medicações contínuas, por exemplo, após os encontros o médico verificava exames e renovava receituário desses pacientes. Foi priorizado também, o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organização da agenda para o atendimento dessa demanda - através de retornos frequentes aos pacientes considerados como de alto risco cardiovascular - agendando consultas eletivas para realização da avaliação clínica. Também percebemos uma melhora significativa na sala de procedimentos, com a adequada de revisão de materiais (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e através das capacitações, todos os usuários com sinais alterados foram encaminhados para consulta de enfermagem e agendados para o médico clínico.

Durante encontro do grupo e através de cartazes e folderes na unidade, podemos informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o

desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Foi notável o aumento da procura de pacientes na unidade para “pesquisar” diabetes e hipertensão. Os pacientes foram orientados durante todas as consultas médicas, em orientações na sala de espera da unidade pelas estagiárias da nutrição e durante encontros do grupo de educação em saúde. Orientações sobre a periodicidade das consultas e realização de exames para pacientes de alto e baixo risco, também foram dadas aos pacientes. As atividades relacionadas à educação em saúde foram diversas até o momento, a sala de espera é realizada através do alto-falante onde são dadas informações sobre eventos e funcionamento da unidade e também data e horário de realização do grupo para hipertensos e diabéticos. Os encontros de atividade coletiva foram organizados quinzenalmente e ocorreram sem intercorrências. Tivemos em todos os encontros a participação da nutricionista da unidade que foi fundamental para o sucesso da atividade. O número de participantes foi crescente a cada encontro, tivemos no mínimo 5 e no máximo 20 participantes em cada grupo, variando conforme a semana. Conseguimos nesses três meses criar vínculo com a população interessada e fixar a atividade na unidade.

Foram realizadas capacitações dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito e a realização de hemoglicoteste em pacientes com PA maior ou igual a 130 x 85 mmHg. As capacitações foram realizadas durante doze semanas após as reuniões de equipe, como tivemos a reunião semanal cancelada pelo gerente, e agora somente temos reuniões mensais, procurei combinar com os funcionários um horário semanal (30 minutos) para esclarecermos dúvidas e continuarmos com as orientações semanais através dos cadernos de saúde pública de hipertensão e diabetes, disponibilizados na unidade. As capacitações para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro dessa avaliação; capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis - foram realizadas nas seis capacitações após reuniões

de equipe e após a mudança da reunião, durante 30 minutos semanais. Após término da intervenção, ficou acordado com gerente da unidade que uma vez ao mês, após reunião de equipe, os profissionais serão capacitados sobre hipertensão e diabetes. O monitoramento dos exames complementares em dia, frequência de consultas e priorização de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia foram realizados pelo médico durante revisão de arquivo de armazenamento de fichas-espelho que ocorreu mensalmente. Para garantir a realização de exames complementares em dia, foi solicitado ao gerente, soluções para a longa fila para realização de eletrocardiograma e a espera para consulta com o cardiologista (aproximadamente 6 meses) . Não temos problemas com a realização de exames laboratoriais.

Após acordo estabelecido com os dentistas, tivemos priorizados os encaminhamentos do clínico para o dentista, quando paciente diabético e/ou hipertenso. Infelizmente, apesar dos esforços, a procura pelo atendimento e avaliação de saúde bucal foi pequena. Apesar da baixa procura, entendemos que o número reduzido de consultas, dificulta a marcação de avaliações. Devido a isso, estimulamos a mobilização da comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Os encontros do grupo tiveram como base a educação em saúde, e posterior a elas foi realizado o cadastramento dos usuários com: pesagem, aferição de PA, hemoglicoteste e checagem de condutas em atraso como: exames laboratoriais, revisão com o oftalmologista, eletrocardiograma. Em todos os encontros tivemos a presença da nutricionista da unidade, os usuários participantes gostaram muito da atividade e, principalmente os mais idosos se comprometeram a participarem de todos os encontros. Foram debatidos temas como: cardápio saudável, introdução de fibras na alimentação, importância da ingestão hídrica diária, preparação adequada e mais saudável dos alimentos. Também tivemos oficinas de sucos, entrega de mudas de temperos, palestra sobre ervas e chás e diversas outras atividades programadas. As orientações de promoção em saúde foram realizadas em todas as consultas, tanto orientações nutricionais como orientações sobre exercícios e cessação do hábito de fumar. Os casos mais graves em que a perda ponderal deveria ser mais significativa, os pacientes foram orientados a participar do grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos e encaminhados para o serviço de nutrição. Durante os encontros, também ouvimos a comunidade para melhorar as estratégias de cuidado para com esses pacientes.

As informações do SIAB foram mantidas atualizadas, foi implementada planilha pela enfermagem para mantermos o registro específico de acompanhamento, pactuamos com a equipe e frisamos a importância do registro de informações, definimos o responsável pelo monitoramento do registro (médico e enfermeiros) e através de planilha implantada podemos perceber as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. A equipe de enfermagem está capacitada para dar orientações quanto às ações de prevenção e realização de escore de Framingham.

3.2 Ações propostas e não desenvolvidas

A grande maioria das ações propostas foram desenvolvidas, uma ação que não obteve sucesso foi à busca de parceria com o gestor municipal a fim garantir melhoria ao atendimento dos hipertensos e diabéticos, foi solicitado também junto ao gerente, melhorias na agilidade para realização de eletrocardiograma e marcação de consulta com o cardiologista, permanecemos aguardando longos períodos para isso. Tentei conversar junto ao gerente sobre algumas melhorias necessárias na unidade, mas não obtive sucesso, essas modificações incluíam o dia exclusivo de atendimento para pacientes crônicos, o máximo que consegui modificar na agenda foi à reserva de dois horários para esses pacientes todos os dias e a facilitação do retorno para pacientes de alto risco. Os convites para participação do grupo de educação em saúde, também estão ocorrendo na sala de acolhimento, principalmente para pacientes com receituários em término e que necessitam de renovação. Acredito que o mais importante para melhorar o atendimento e acompanhamento desses usuários crônicos na unidade, seria o dia exclusivo de atendimento para eles e/ou o turno exclusivo de atendimento, sabe-se, e após a intervenção temos certeza, que a maioria dos pacientes que frequenta a unidade são hipertensos e diabéticos, temos o dever de melhorar seu acompanhamento para prevenir danos futuros. Infelizmente, na UBS Esplanada, as patologias agudas e as urgências são a maioria dos atendimentos diários. Precisamos educar a população, tanto para prevenção de doenças quanto para procura de atendimento adequado em caso de urgência, todos os dias casos de

urgência procuram atendimento na unidade ao invés de procurar o pronto-atendimento municipal, gerando consultas extras e diminuição de consultas que geram prevenção e cuidado continuado. As buscas-ativas foram realizadas, porém não em sua totalidade, isso ocorreu devido à falta de ACS em algumas áreas, continuo solicitando buscas para pacientes com condutas em atraso e organizando visitas domiciliares para pacientes de alto risco e/ou má-adesão ao tratamento.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados

O cadastramento de usuários só não foi melhor e maior devido à falta de comprometimento dos médicos das demais equipes, eles foram orientados sobre os indicadores e itens importantes a serem preenchidos na ficha-espelho, porém, atendiam os pacientes e entregavam para mim o prontuário. Assim, eu realizava a revisão e preenchia a ficha-espelho do novo paciente cadastrado. Outro ponto negativo foi o tempo destinado às consultas, 15 minutos para exame clínico completo, cadastramento/preenchimento de ficha-espelho e orientações não eram suficientes, frequentemente o tempo era ultrapassado e alguns pacientes reclamavam pela demora.

As visitas domiciliares foram realizadas sem intercorrências, porém, as buscas solicitadas nem sempre foram realizadas pelos ACS, isso ocorreu devido a falta de agentes em algumas áreas.

3.4 Incorporação da ação programática à rotina

Todas as atividades realizadas estão incorporadas na rotina da UBS e permanecem ocorrendo sem grandes intercorrências. Os usuários continuam sendo cadastrados e os demais médicos permanecem entregando os prontuários de pacientes cadastrados ou não, seja para eu preencher e/ou atualizar a ficha-espelho que se encontra em arquivo organizado por ordem alfabética na sala de acolhimento. A dúvida que permanece é a continuação do preenchimento da ficha-espelho quando o médico do PROVAB sair. Acredito que até o término do programa, conseguirei

pactuar junto às enfermeiras a importância do preenchimento e apresentação do projeto ao novo médico que entrará na unidade. As atividades do grupo de educação em saúde agora estão ocorrendo semanalmente, o médico da outra equipe participa em uma semana e eu na semana seguinte. Foram impressas diversas fichas para cadastramento de novos pacientes no grupo, e foram dadas orientações para preenchimento da ficha de pacientes já cadastrados. A nutricionista também foi orientada sobre retirada de ficha em arquivo para preenchimento de dados em suas consultas, assim ela também conseguirá avaliar melhora de exames e diminuição do peso, por exemplo. Os pacientes que não possuem consultas, mas que procuram a unidade para controle de pressão arterial e HGT e possuem aferições alteradas, continuam sendo encaminhados para avaliação com a enfermagem e agendados para consulta com o médico clínico.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção com duração de 12 semanas teve como ação principal a ampliação do cadastramento e melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Esplanada, no município de Caxias do Sul. A UBS Esplanada abrange uma população total de 9.857 pessoas, desses, 1.659 são hipertensos e 155 são diabéticos, conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. A intervenção teve como meta o cadastramento de 25 % dos pacientes hipertensos (415) e 80% dos pacientes diabéticos (124).

A seguir, serão apresentados os resultados provenientes da intervenção, de acordo com os objetivos e suas respectivas metas e indicadores:

- Objetivo 1 : Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta: Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais para a área de abrangência da unidade é de 1659 pacientes. A meta proposta foi cadastrar 25% dessa população (415), alcançamos o objetivo, cadastrando 416 hipertensos, um total de 25,1% da população. Durante as 12 semanas de intervenção, o cadastramento fluiu adequadamente. No primeiro mês tivemos 8,9% (148) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês tivemos 13,4% (222) e no último mês tivemos um excelente crescimento devido à dedicação dos profissionais para atingirmos a meta, foram 25,1% dos hipertensos cadastrados, totalizando 416 pacientes.

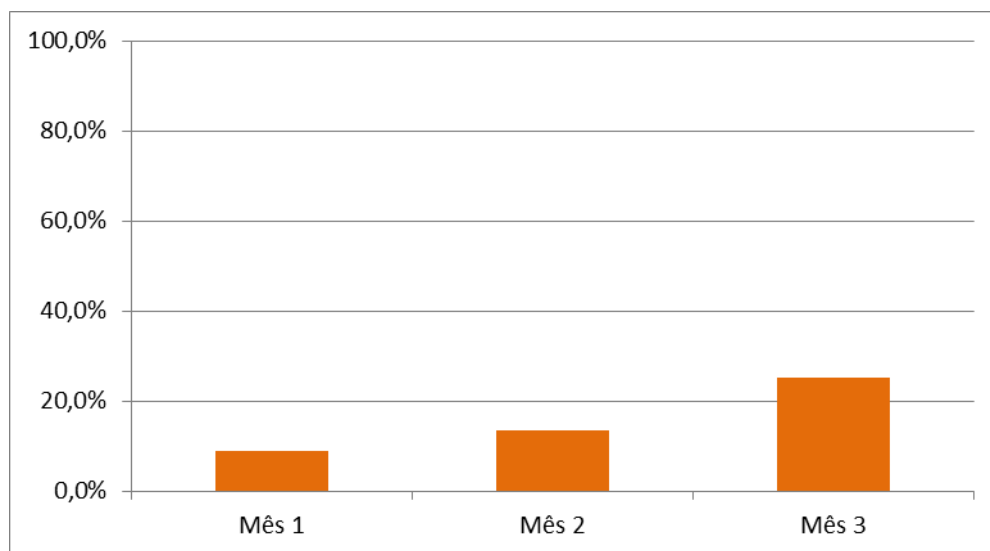


Figura 1: Gráfico indicativo da proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Foi proposto cadastrar 80% (124) dos pacientes diabéticos da área da abrangência da unidade. Estima-se que a área tenha aproximadamente 155 diabéticos. No decorrer das 12 semanas, foram cadastrados 155 diabéticos, chegando à porcentagem de 100%. Acreditamos que os dados da SMS estejam subestimados e que tenhamos mais diabéticos do que os 155 informados. O primeiro mês da intervenção iniciou com 33,5% (52) pacientes cadastrados, seguido de 64,6% (100) no segundo mês e 100% (155) dos pacientes cadastrados no terceiro mês.

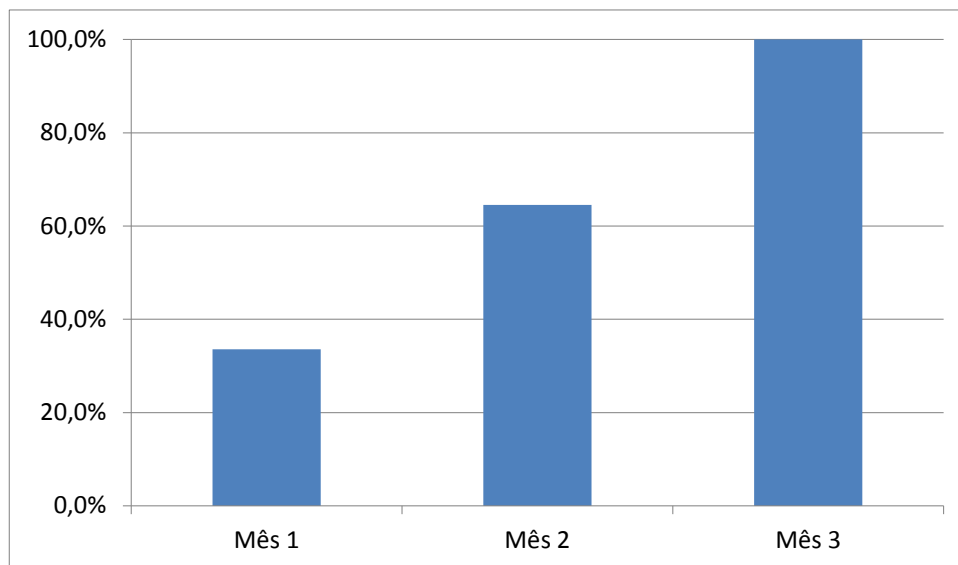


Figura 2: Gráfico indicativo da proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

- Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção, 100% dos pacientes atendidos tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo e preenchimento da ficha-espelho. No segundo mês, também atingimos o percentual de 100%, porém no terceiro mês tivemos uma queda devido à falta de tempo entre as consultas, alguns pacientes ficaram com pendências no ato do exame clínico completo e cadastramento e somente 98.1% (408) do total possuem o exame clínico completo em dia. As pendências no ato do cadastramento dizem respeito a itens não completos na ficha-espelho, alguns pacientes não tiveram sua ficha preenchida por completo.

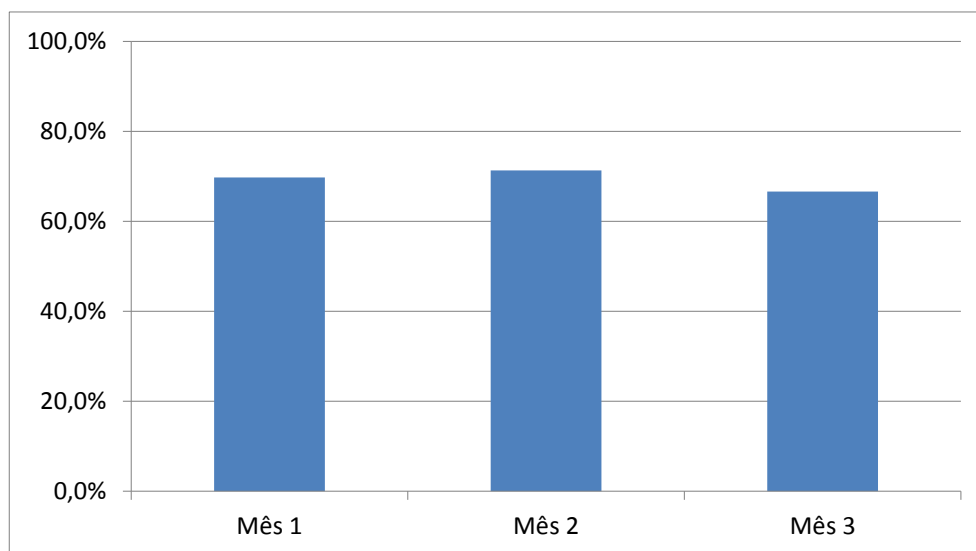


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No grupo de pacientes diabéticos, atingimos bons números também, no primeiro mês 98.1% (51), no segundo mês 99% (99) e no terceiro e último mês 99.4% (154) tiveram seus exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, não atingimos os 100% devido a algumas falhas e falta de tempo no decorrer das consultas, porém, a melhora de um mês para outro se deve ao retorno e realização dos itens faltantes. As pendências no ato do cadastramento dizem respeito a itens não completos na ficha-espelho, alguns pacientes não tiveram sua ficha preenchida por completo. Um exemplo disso foi à falta do exame dos pés, não realizado, algumas vezes, pelos outros médicos da unidade.

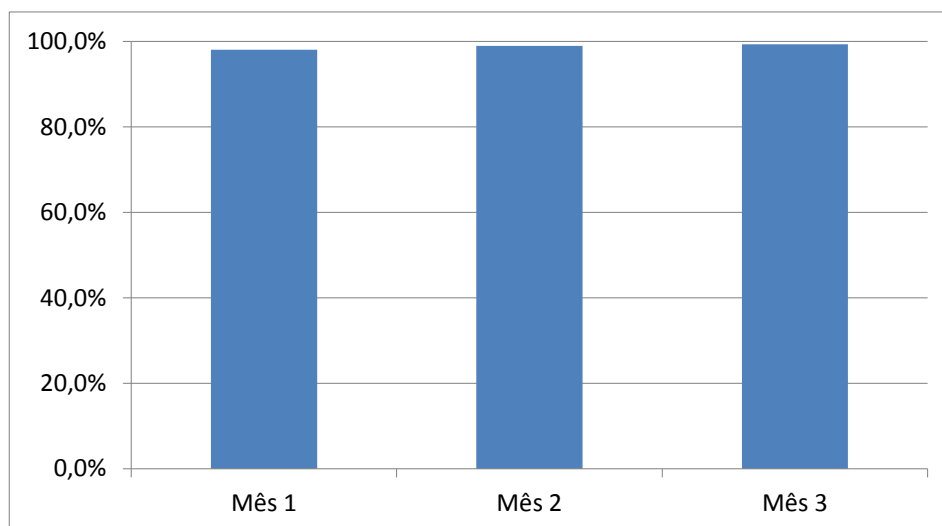


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foi proposto garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Porém, durante a intervenção era imenso o número de pacientes que frequentavam a unidade para renovação de receituário, por exemplo, e não tinham seus exames solicitados corretamente. Tentamos durante as 12 semanas de intervenção, solicitar exames laboratoriais e eletrocardiograma a esses pacientes. Diversos retornaram com o resultado dos exames, porém o que dificultou muito o retorno desses pacientes e atualização dos dados na ficha-espelho foi a grande demanda para consultas com os médicos clínicos e a imensa demanda reprimida de encaminhamentos para realização de ECG. Estamos com uma lentidão importante na “fila” para esse exame e já solicitamos auxílio da secretaria municipal de saúde. Não foi possível atingir a meta de 100%, no primeiro mês 70.3% (104), no segundo 71.6% (159) e no terceiro mês, 66.8% (278) cadastrados estavam com os exames complementares em dia.

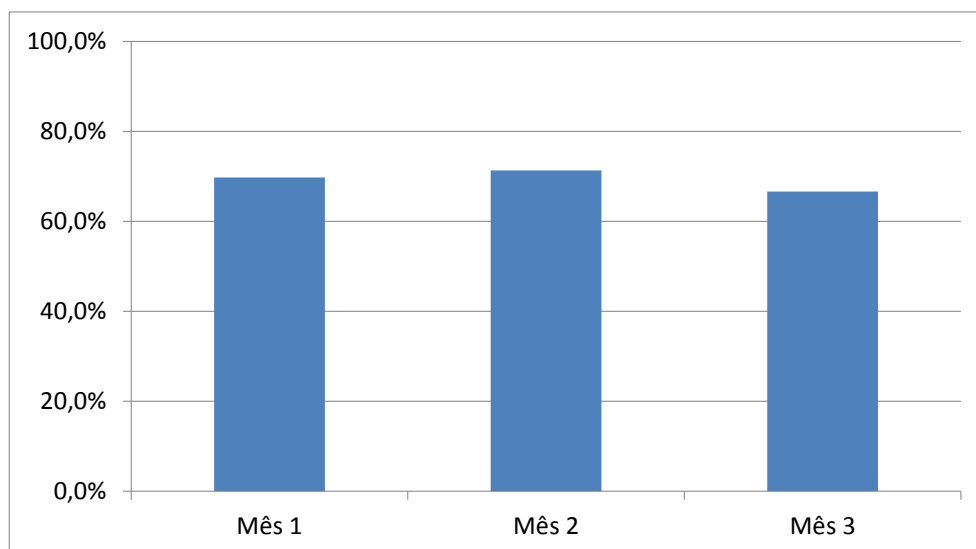


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para os pacientes diabéticos, a meta inicial também era de 100%, infelizmente, o número não foi atingido e conseguimos 73.1% (38), 76% (76), 77.4% (120) nos três meses, respectivamente. As justificativas seguem semelhantes às dos pacientes hipertensos, grande demanda e dificuldade para retorno.

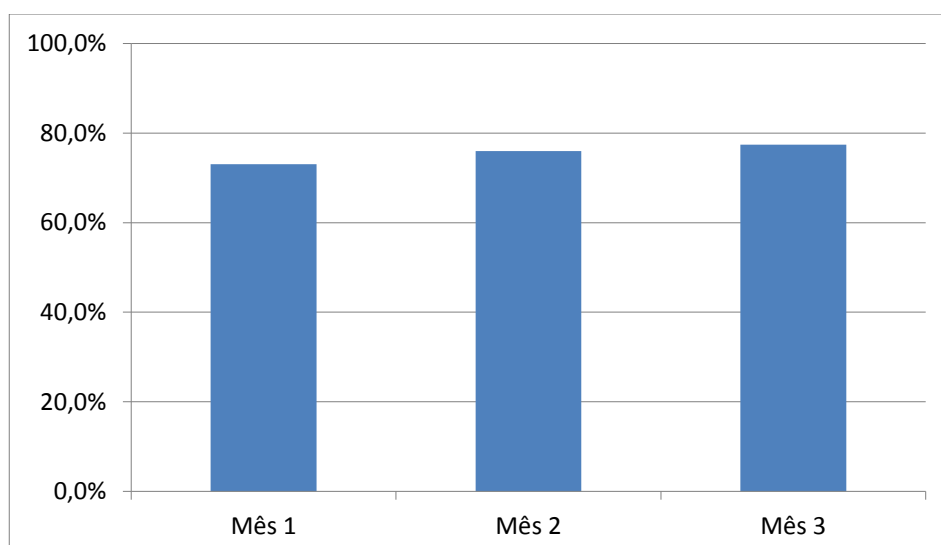


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Tendo como meta de 100% de prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, atingimos com excelência o objetivo, a grande maioria já tinha medicamentos priorizados e retirados com benefícios exclusivamente, aos que não possuíam medicações gratuitas e/ou de baixo custo, os medicamentos foram trocados e reajustados. A meta foi alcançada nos três meses de intervenção atingindo o objetivo estabelecido.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta superada para os pacientes diabéticos, 100% dos pacientes atendidos tiveram suas medicações priorizadas da farmácia popular. Todos os pacientes estão em uso de medicações retiradas gratuitamente. Em alguns casos, podemos perceber a procura do usuário após atendimento por endocrinologista particular e troca de receituários para retirada gratuita de medicações, ocasionalmente, as medicações eram substituídas por medicações da farmácia popular. A meta foi alcançada nos três meses de intervenção atingindo o objetivo estabelecido.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação às consultas odontológicas, após acordo com a equipe de saúde bucal, foi possível facilitar a marcação de consultas para hipertensos. Os pacientes

eram encaminhados pelo médico clínico, muitos não procuravam atendimento mesmo com orientação, o que pode justificar as baixas porcentagens de pacientes com avaliação odontológica. Tivemos um crescente aumento do primeiro para o terceiro mês, mas infelizmente não atingimos a meta proposta de 100% em nenhum dos meses da intervenção. No primeiro mês tivemos 43.2% (64), no segundo 38.3% (85) e no terceiro mês 47.1% (196) dos hipertensos cadastrados com avaliação odontológica.

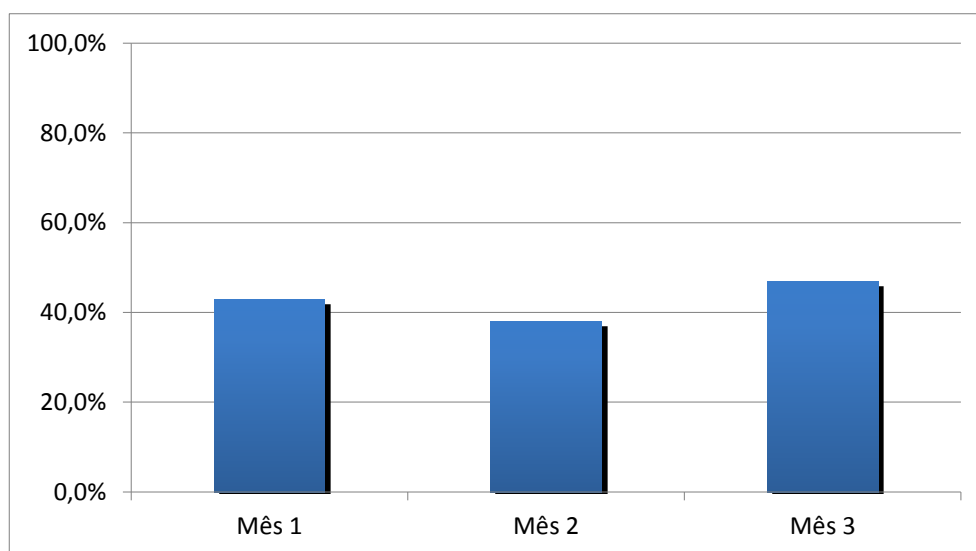


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O mesmo ocorreu com os pacientes diabéticos, muitos foram encaminhados e tiveram sua marcação facilitada, porém não tiveram interesse em serem avaliados. Tivemos no primeiro mês 42.3% (22), no segundo mês 32% (32) e no terceiro e último mês 39.4% (61) dos pacientes diabéticos cadastrados com avaliação odontológica em dia. Infelizmente não atingimos a meta proposta de 100% em nenhum dos meses da intervenção.

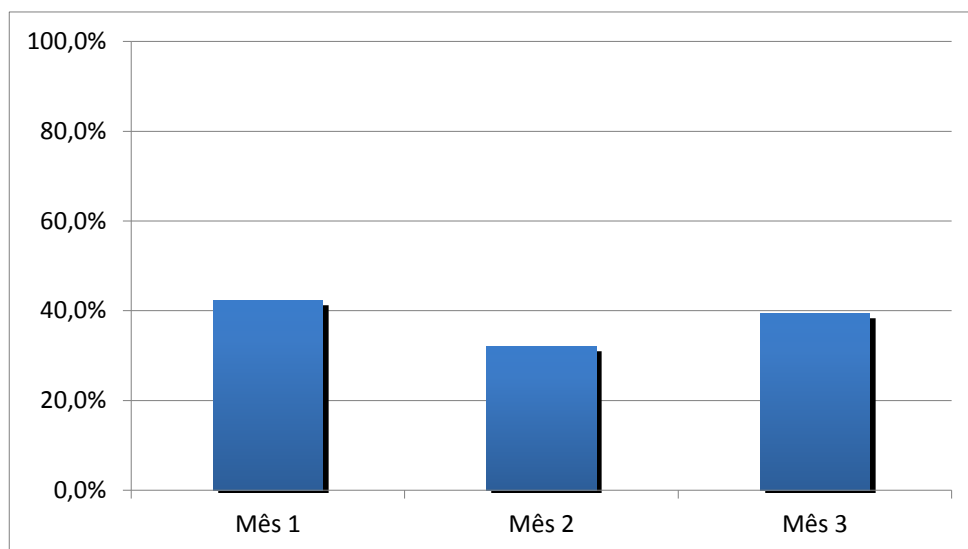


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

- Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Os números referentes à porcentagem de buscas ativa realizadas para pacientes hipertensos faltosos as consultas foram 30,6% (11), 26,8% (11) e 24,6% (14) respectivamente nas 12 semanas de intervenção. Não chegamos ao objetivo inicial devido à falta de agentes comunitários de saúde, e as dificuldades encontradas para a realização de busca ativa.

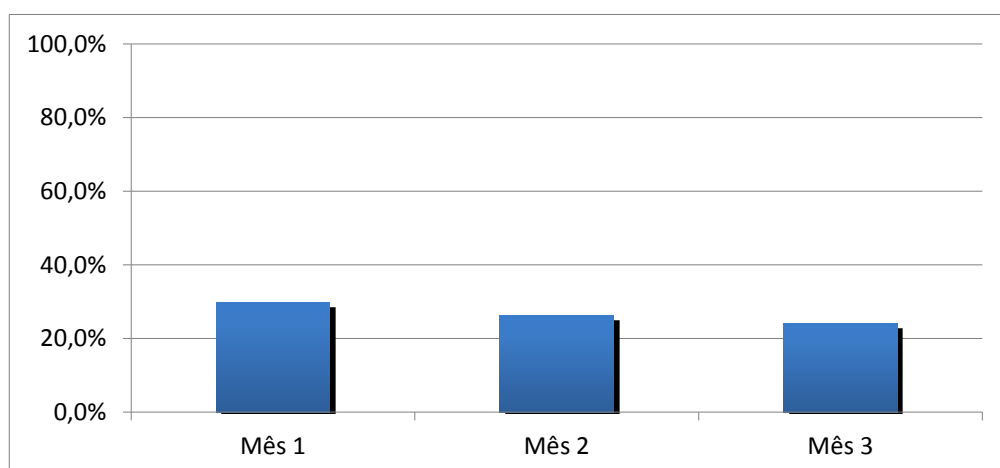


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No grupo dos diabéticos, os números foram melhores, porém também não atingimos o objetivo de 100%. Durante as três semanas de intervenção, tivemos 75% (9) no primeiro mês, 56.3% (9) no segundo mês e 52.6% (10) no último mês de intervenção. A justificativa para não atingirmos a meta também se deve a falta de agentes em muitas áreas de cobertura da unidade.

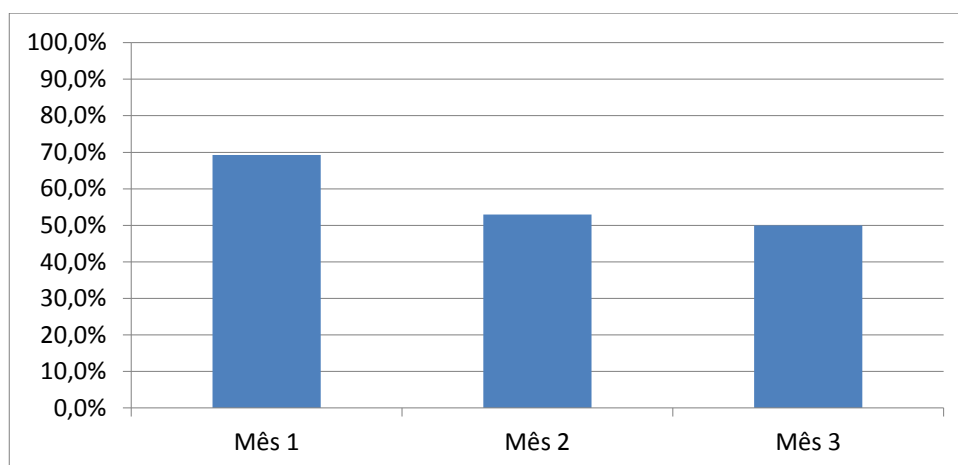


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Na meta referente à ficha de acompanhamento, os números quase atingiram os 100% propostos, no primeiro mês tivemos 96,6% (143), no segundo mês 97,7% (217) e no terceiro mês 98,6% (410). Como justificativa, observamos a falta de

informações na ficha dos pacientes, muitas vezes por falha no preenchimento de alguns dados na ficha-espelho, isso ocorreu devido ao fato de não haver pleno engajamento dos outros profissionais e com isso falhas no preenchimento. Alguns dados como perímetro braquial não foram preenchidos na primeira consulta, no ato do cadastramento, porém, no retorno com exames solicitados, essas pendências foram organizadas.

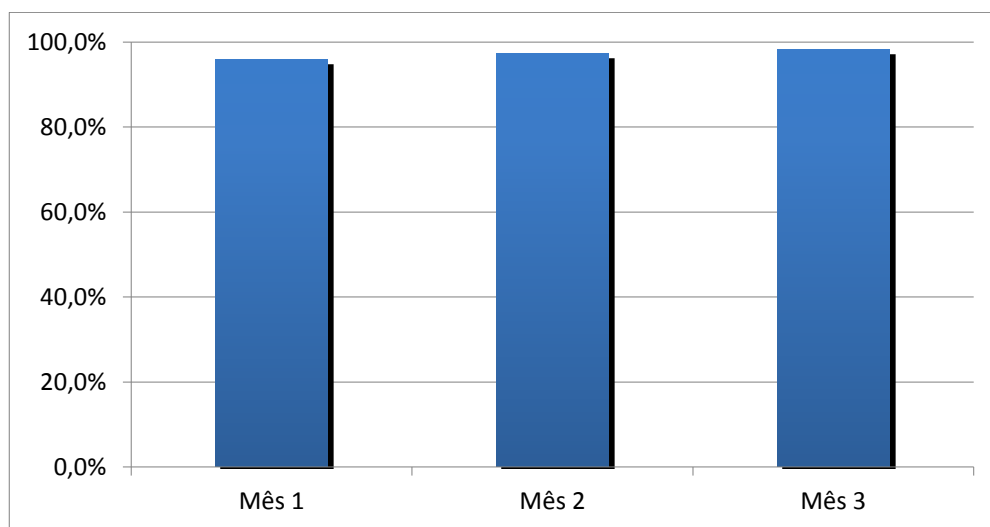


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Algo semelhante aos hipertensos ocorreu com os pacientes diabéticos, quase atingimos o objetivo, porém alguns pacientes estão com registros incompletos, pelas mesmas justificativas. No primeiro mês tivemos 94.2% (49), no segundo 97% (97) e no terceiro e último mês, 98.1% (152) estavam com a ficha de acompanhamento adequada e atualizada. Como justificativa, observamos a falta de informações na ficha dos pacientes, muitas vezes por falha no preenchimento de alguns dados na ficha-espelho, isso ocorreu devido ao fato de não haver pleno engajamento dos outros profissionais e com isso falhas no preenchimento. Alguns dados como perímetro braquial não foram preenchidos na primeira consulta, no ato do cadastramento, porém, no retorno com exames solicitados, essas pendências foram organizadas.

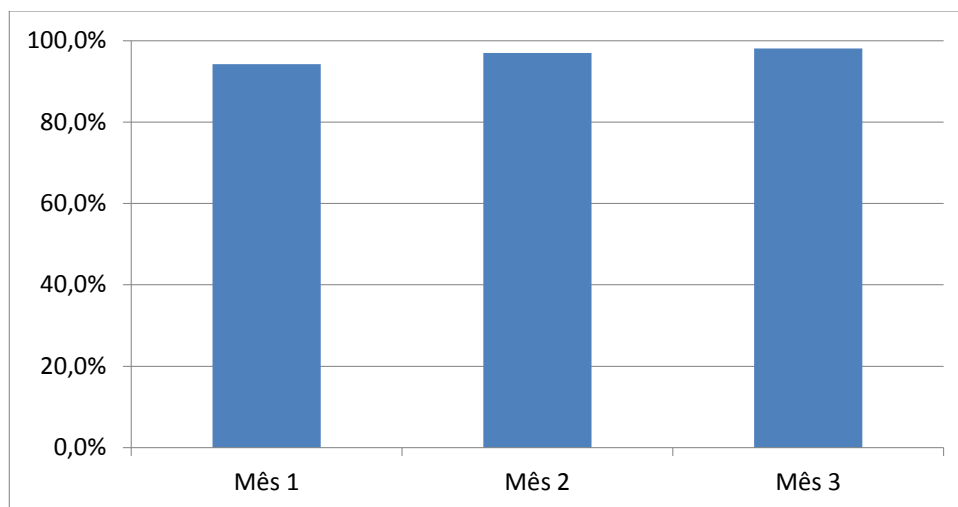


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês, os pacientes hipertensos com estratificação do risco cardiovascular em dia eram 60.1% (89), no segundo mês 63.5% dos pacientes (141) e no mês 3, 61.5% dos pacientes (256). Não atingimos a meta de 100% devido à falta de dados para estratificação. Estamos aguardando pacientes que irão retornar com exames e também no caso de exames que serão solicitados em consultas já agendadas. Estamos atualizando as estratificações nas fichas conforme os pacientes retornam com exames complementares.

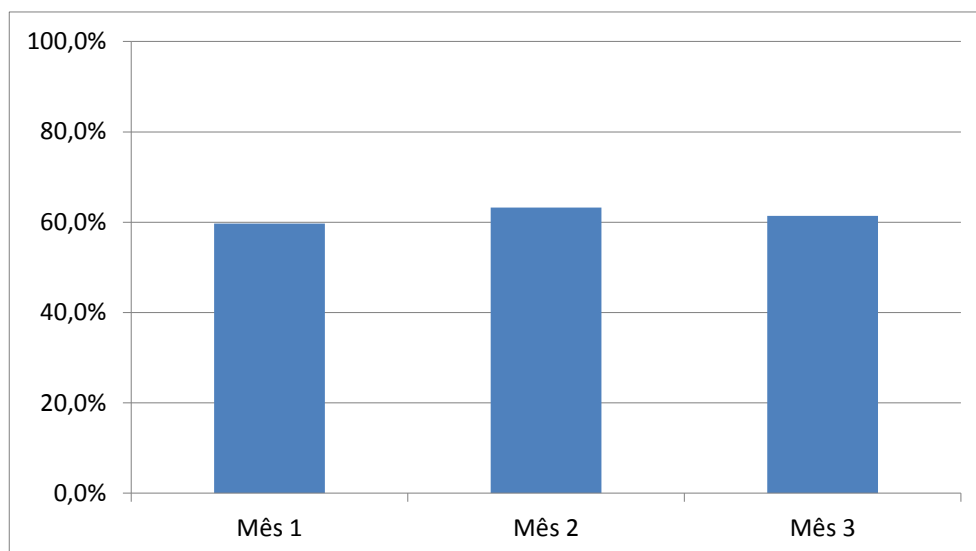


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês, os pacientes diabéticos com estratificação do risco cardiovascular em dia eram 53,8% (28), no segundo mês 67% pacientes (67) e no mês 3, 66,5% dos pacientes (103). Não atingimos a meta de 100% devido à falta de dados para estratificação. Estamos aguardando pacientes que irão retornar com exames e também no caso de exames que serão solicitados em consultas já agendadas. Estamos atualizando as estratificações nas fichas conforme os pacientes retornam com exames complementares.

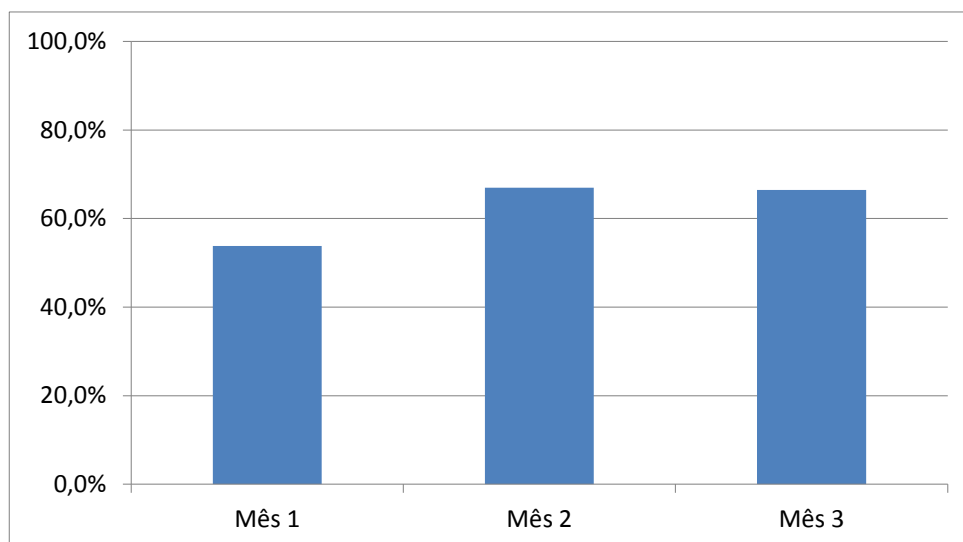


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. UBS Esplanada, Caxias do Sul, RS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Após capacitações e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. As orientações nutricionais eram dadas em todas as consultas, tínhamos como objetivo estabelecer o que deveria ser realizado pelo paciente para que ele conseguisse aos poucos atingir uma alimentação saudável, na maioria dos atendimentos orientávamos sobre como fazer substituições saudáveis em todas as refeições diárias e como montar um prato adequado no almoço e no jantar. Grupos quinzenais também foram realizados e tinham como base a orientação nutricional devido à presença frequente da nutricionista da unidade.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados;

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Após capacitações e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. As orientações nutricionais eram dadas em todas as consultas, tínhamos como objetivo estabelecer o que deveria ser realizado pelo paciente para que ele conseguisse aos poucos atingir uma alimentação saudável, na maioria dos atendimentos orientávamos sobre como fazer substituições saudáveis em todas as refeições diárias e como montar um prato adequado no almoço e no jantar. Grupos quinzenais também foram realizados e tinham como base a orientação nutricional devido à presença frequente da nutricionista da unidade

Meta: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Após capacitação e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. Os pacientes eram orientados sobre como introduzir a prática de atividade física em sua vida diária, aos que não praticavam nenhuma atividade, focávamos na troca de elevadores por escadas, por exemplo, orientávamos também a prática de caminhadas diárias e a procura de academias para melhorar a perda de peso e obter orientação de profissional de educação física.

Meta: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Após capacitação e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. Os pacientes eram orientados sobre como introduzir a prática de atividade física em sua vida diária, aos que não praticavam nenhuma atividade, focávamos na troca de elevadores por escadas, por exemplo, orientávamos também a prática de caminhadas diárias e a procura de academias para melhorar a perda de peso e obter orientação de profissional de educação física.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados;

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Após capacitação e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. Aos tabagistas, orientávamos sobre redução e cessação do hábito de fumar, devido a falta de grupo de apoio aos usuários de tabaco, os pacientes eram orientados, mesmo sem medicação, a diminuição e/ou cessação do hábito de fumar.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados;

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Após capacitação e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. Aos tabagistas, orientávamos sobre redução e cessação do hábito de fumar, devido a falta de grupo de apoio aos usuários de tabaco, os pacientes eram orientados, mesmo sem medicação, a diminuição e/ou cessação do hábito de fumar.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Após capacitação e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. Em relação à saúde bucal, os pacientes eram orientados a procurar atendimento odontológico para avaliação e também eram estimulados a cuidarem de seus dentes através da escovação diária após as refeições.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Após capacitação e orientações aos demais médicos da unidade, todos os atendimentos aos doentes crônicos (HAS/DM) tinham parte da consulta focada à promoção de saúde. Devido às capacitações e colaboração dos demais profissionais, atingimos a meta de 100% durante os três meses de intervenção. Em relação à saúde bucal, os pacientes eram orientados a procurar atendimento odontológico para avaliação e também eram estimulados a cuidarem de seus dentes através da escovação diária após as refeições.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Esplanada, em Caxias do Sul, teve como objetivo principal, melhorar o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos na área de cobertura da unidade. Ao identificar e cadastrar os usuários com essas patologias crônicas, expandimos o seu acompanhamento e melhoramos a atenção dada a esses pacientes. Tornamos possíveis as ações de promoção de saúde, como orientações relevantes em todas as consultas e atualização de exames clínicos e complementares.

Para o sucesso da intervenção, a equipe foi capacitada e todas as orientações foram retiradas das recomendações relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da Hipertensão e do Diabetes do Ministério da Saúde.

As capacitações eram realizadas semanalmente após a reunião de equipe. Para facilitar o cadastramento dos pacientes foi desenvolvido um carimbo de identificação da intervenção, assim facilitamos a identificação dos pacientes que já foram cadastrados e a atenção segue uma continuidade. Durante consulta e preenchimento, foi verificado, em lista atualizada do HIPERDIA, se os pacientes já eram cadastrados no programa, os que não estavam na lista, foram cadastrados pela enfermeira responsável. Conforme cadastramento, os pacientes eram inseridos em uma planilha fornecida pela especialização para verificação dos indicadores.

A intervenção permanece colhendo bons frutos, muitos pacientes estão retornando com exames solicitados no período de ação e continuamos preenchendo e atualizando a ficha-espelho. Os grupos de educação em saúde, que ocorriam quinzenalmente, agora ocorrem toda semana e o número de participantes é ainda maior. A melhora no registro dos dados e acompanhamento desses pacientes crônicos está sendo percebida pela própria comunidade, a facilitação do retorno pela otimização de consultas reservadas diariamente está sendo muito positiva. Para a unidade, a intervenção gerou melhora na organização, facilitação na identificação no retorno dos pacientes de alto risco e consequente melhora no acompanhamento dos pacientes.

Agora que a intervenção chegou ao final, a promessa é incorporar as ações do projeto à rotina do serviço. Contudo, acredito que por mais que a equipe esteja integrada, com a minha saída da UBS, não sei se o novo médico colaborará com o cadastro. O novo desafio é a manutenção do cadastramento dos pacientes, a revisão dos pacientes já cadastrados de forma programada e a adesão dos próximos profissionais que irão começar a trabalhar na unidade.

Analisando a intervenção após o seu término, acredito que a descentralização do cadastramento, preenchimento da ficha-espelho e planilha eletrônica pelos demais profissionais (enfermeiras e técnicos de enfermagem), não somente pelo médico, iria ampliar a cobertura e facilitar ainda mais a incorporação da intervenção na rotina da unidade e, na falta de algum desses profissionais, teríamos outro responsável pelo cadastramento desses doentes crônicos. Também exigiria junto ao gerente um ou dois turnos semanais para atendimento exclusivo de hipertensos e diabéticos, apesar das consultas reservadas para esses pacientes, a procura é extremamente superior ao número de vagas e muitos pacientes não conseguem retornar e quando agendam a consulta, os exames já estão desatualizados.

Acredito que o fundamental para manter a qualidade da assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos é que a equipe mantenha o foco de registrar e priorizar ações de educação em saúde e mudanças no estilo de vida. Com a permanência do grupo de educação em saúde e a dedicação da equipe para permanecer preenchendo e acompanhando os pacientes através da ficha-espelho, tenho certeza que a melhora no acompanhamento desses pacientes é garantida.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

A intervenção realizada na UBS Esplanada teve como objetivo cadastrar e acompanhar os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de cobertura da unidade. Os usuários eram atendidos pelos médicos das quatro equipes existentes na unidade e após atendimento eram cadastrados por mim. A ficha-espelho fornecida pela especialização era preenchida e um carimbo de identificação era colocado junto ao prontuário para facilitar o reconhecimento dos pacientes já cadastrados. Ao retorno desses pacientes, a ficha-espelho era retirada de arquivo aonde é armazenada e o médico preenchia as possíveis alterações. O mesmo ocorria nos encontros do grupo para hipertensos e diabéticos, nesses encontros os usuários eram cadastrados e os que já possuíam ficha-espelho, tinham seus dados atualizados. Os usuários cadastrados e os dados coletados eram transferidos por mim para tabela da especialização. No final da intervenção, 25% dos hipertensos da área de abrangência e 100% dos diabéticos haviam sido cadastrados e tinham sua ficha-espelho preenchida.

Durante as doze semanas de intervenção, foram realizadas diversas atividades, como pôsteres no mural, folderes na recepção, informações através do alto-falante, sala de espera pelas acadêmicas de nutrição e encontros do grupo. Também foram realizadas atividades dirigidas como visitas domiciliares a pacientes debilitados e busca ativa em pacientes faltosos, sempre buscando aderência ao tratamento e mudanças no estilo de vida. Todas as ações realizadas buscaram melhorar a assistência de qualidade aos portadores dessas tão frequentes doenças crônicas. A grande maioria das metas estabelecidas pela intervenção foram atingidas, tivemos, por exemplo, 66,8% dos hipertensos e 77,4% dos diabéticos cadastrados com exames complementares em dia, 100% de priorização de prescrição de

medicamentos da Farmácia Popular, 47,1% dos hipertensos e 39,4% dos diabéticos com avaliação odontológica em dia, dentre outras diversas metas alcançadas.

Outra atividade realizada e de grande importância para os profissionais foram às capacitações, todos os encontros após as reuniões de equipe foram focados na melhora da assistência ao diabético e hipertenso, utilizamos como base os cadernos de saúde pública e enfatizamos a importância das orientações e encaminhamentos da sala de aferições para consulta de enfermagem em caso de verificações alteradas.

As ações de promoção em saúde incluíram os encontros do grupo, eles ocorreram quinzenalmente e em todos os encontros tivemos a presença da nutricionista. As orientações sobre alimentação saudável e dieta também foram realizadas durante as consultas médicas e os casos mais graves de obesidade e sobrepeso são encaminhados para avaliação da nutricionista. Acredito que o grupo para hipertensos e diabéticos foi de extrema importância, tivemos um número crescente de participantes e ele permanece ocorrendo na unidade. Os encontros sempre tiveram como foco a alimentação saudável e a prática de atividade física. Durante os encontros diversos assuntos foram abordados, como: montar um prato saudável, fibras na alimentação, ingestão adequada de líquidos, quantidade de açúcar e sódio dos alimentos, o perigo dos alimentos industrializados dentre outros. O grupo foi de extrema importância e podemos perceber o engajamento da população nas consultas de retorno com exames, por exemplo, a melhora laboratorial está sendo significativa.

Em relação às avaliações odontológicas, os números não foram bons, devido a grande demanda de pacientes que necessitam de avaliações e ao baixo número de consultas fornecidas pela saúde bucal, não atingimos a meta. Acredito que a ampliação dos atendimentos odontológicos, seria de grande importância, tanto para avaliações, quanto para atendimentos de urgência. Durante a intervenção, os pacientes foram encaminhados para consultas, porém grande parte deles sequer marcou avaliação.

Outro dado importante são os números subestimados que a Secretaria Municipal de Saúde nos forneceu, acredito que para a criação de estratégias para melhorar a assistência desses pacientes, precisamos solicitar junto à gestão um mapeamento adequado da área, maior número de ACS e equipes completas. A

atualização dos dados da área proporcionará dados fidedignos, demonstrando os pontos mais críticos que devem receber intervenções.

Se a intervenção iniciasse hoje, exigiria junto ao gerente um ou dois turnos semanais para atendimento exclusivo de hipertensos e diabéticos, apesar das consultas reservadas para esses pacientes, a procura é extremamente superior ao número de vagas. Diversos pacientes não conseguem retornar, e quando conseguem agendar a consulta, os exames já estão desatualizados. A curto prazo, acredito que estamos melhorando o acolhimento desses pacientes, a médio prazo, acredito no vínculo firmado e estabelecido com os usuários e a longo prazo, teremos uma população melhor assistida e em dias com seus exames preventivos.

Acredito que a intervenção pôde mostrar para a equipe que temos muito para melhorar em relação ao acompanhamento dos doentes crônicos da unidade, reservar horários na agenda para facilitar o retorno desses pacientes é o mínimo que podemos fazer para melhorar a assistência, percebemos que aperfeiçoar o acompanhamento, melhora a qualidade e a sobrevida dessas pessoas.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

A intervenção realizada na UBS Esplanada teve como objetivo cadastrar e acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos residentes na área de cobertura da unidade. Os pacientes eram atendidos pelos médicos das quatro equipes existentes na unidade e após atendimento eram cadastrados pela médica responsável pela intervenção. A ficha-espelho fornecida pela especialização era preenchida e um carimbo de identificação era colocado junto ao prontuário para facilitar o reconhecimento dos pacientes já cadastrados. Ao retorno desses pacientes, a ficha-espelho era retirada de arquivo aonde é armazenada e o médico preenchia as possíveis alterações. O mesmo ocorria nos encontros do grupo HIPERDIA, nesses encontros os pacientes eram cadastrados e os que já possuíam ficha-espelho, tinham seus dados atualizados. Os pacientes cadastrados e os dados coletados eram transferidos por mim para tabela da especialização.

Durante as doze semanas de intervenção, os profissionais da unidade foram capacitados pra melhorar atendimento à população. Para qualificar a prática clínica, além das capacitações após reuniões de equipe, alguns profissionais estão participando dos encontros do grupo de educação em saúde, acredito que seja de extrema importância para crescimento pessoal e para orientação dos usuários, principalmente dos agentes de saúde, que são profissionais de extrema importância e que, na maioria das vezes, são os que possuem maior contato com os usuários. Todas as ações realizadas buscaram melhorar a assistência de qualidade aos portadores dessas tão frequentes doenças crônicas. A grande maioria das metas estabelecidas pela intervenção foram atingidas, tivemos, por exemplo, 66,8% dos hipertensos e 77,4% dos diabéticos cadastrados com exames complementares em dia, 100% de priorização de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, 47,1% dos hipertensos e 39,4% dos diabéticos com avaliação odontológica em dia, dentre outras diversas metas alcançadas.

Com o objetivo de informar a comunidade sobre a importância do cuidado com a sua patologia, folders e avisos no mural informavam os dias de grupo e informações pertinentes sobre HAS e DM. Nas atividades coletivas, sempre tivemos a presença da nutricionista da unidade, o número foi sempre crescente e os encontros permanecem mesmo após término da intervenção. Devido a grande demanda reprimida de encaminhamentos para a nutricionista da unidade, encontramos no grupo, uma alternativa eficiente de diminuir a “fila” de espera e abranger com educação em saúde um maior número de pessoas. Nos encontros, além da dúvida frequente de como montar um prato saudável, também foram discutidos temas como: excesso de sal na alimentação, dicas de alimentos para diabéticos, como interpretar o rótulo dos alimentos, formas saudáveis de preparar lanches, como diminuir o consumo de alimentos industrializados etc.

Em relação às avaliações odontológicas, os números não foram bons, devido a grande demanda de pacientes que necessitam de avaliações e ao baixo número de consultas fornecidas pela saúde bucal, não atingimos a meta. Durante a intervenção, os pacientes foram encaminhados para consultas, porém grande parte deles não marcou avaliação, denotando a necessidade de a população compreender e valorizar o empenho do serviço em melhorar a qualidade do atendimento comparecendo às consultas e encaminhamentos realizados.

Acredito que a intervenção tenha trazido um grande ganho para a comunidade, o preenchimento da ficha-espelho facilita o cuidado e aperfeiçoa o retorno desses pacientes para a unidade. Ao preencher a ficha espelho, o médico consegue visualizar de forma clara se o paciente tem alto risco para doenças cardiovasculares (infarto, acidente vascular cerebral), se os níveis da pressão estão adequados, se os exames complementares estão em dia, se houve orientação nutricional, orientação sobre prática de exercício físico e cessação do hábito de fumar. A facilidade para contemplar esses dados, ajusta o cuidado e contribui para mantermos as condutas em dia. Outra melhora para comunidade foi à facilitação do retorno, os pacientes com hipertensão e diabetes, possuem a facilitação na marcação de consultas, ou seja, alguns horários iniciais no turno da manhã são reservados para eles, tanto para renovação de receitas, quanto para mostrar exames etc. À facilitação para marcação de consulta para esses usuários ocorreu após percebermos, durante consultas diárias, que a grande maioria da população que frequenta a unidade de saúde possui essas comorbidades (HAS/DM). Além disso, através do escore de avaliação cardiovascular, percebemos a necessidade de facilitar o retorno desses pacientes para assim, podermos realizar atividades de prevenção com a frequência correta.

O novo desafio é a manutenção do cadastramento dos pacientes, a revisão dos pacientes já cadastrados de forma programada e, dessa forma, com o passar do tempo, será possível ter a real dimensão dos pacientes hipertensos e diabéticos da nossa unidade.

Acredito que o fundamental para manter a qualidade da assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos é que a equipe mantenha o foco de registrar e priorizar ações de educação em saúde e mudanças no estilo de vida. Com a permanência do grupo e a dedicação da equipe para permanecer preenchendo e acompanhando os pacientes através da ficha-espelho, tenho certeza que a melhora no acompanhamento desses pacientes é garantida.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Após três meses da formatura, em março de 2014, comecei a trabalhar na saúde pública. Iniciei minha carreira trabalhando em uma equipe de saúde da família no bairro Esplanada em Caxias do Sul. A especialização em Saúde da Família iniciou junto às atividades do posto de saúde e desde o início as tarefas foram de extrema importância para conhecer a área e suas dificuldades. Os questionários eram essenciais para reconhecermos a população, os serviços mais procurados, o fluxo da unidade etc. Realizada a análise situacional, lembro-me de ter comentado com a amiga e também médica do PROVAB da mesma unidade, Dra. Marina, que a grande maioria dos nossos atendimentos eram para doentes crônicos e eles precisavam de uma atenção maior e consequentemente organização dos atendimentos.

Percebíamos a necessidade do cadastramento e acompanhamento desses pacientes todos os dias, ora em verificação de exames em atraso, ora em dificuldades para esses pacientes retornarem a unidade. A ação precisava ser realizada com esse grupo. Com o decorrer das atividades, com análise dos indicadores e a carência do acolhimento desses pacientes, resolvi realizar minha intervenção com o grupo HIPERDIA. Chamo esse grupo assim, porque temos um cadastro para eles na unidade, porém ele encontrava-se desatualizado e há alguns meses os grupos não estavam ocorrendo para todas as equipes, os encontros ocorriam somente para a área de abrangência da equipe cinco, restavam outras cinco equipes que não possuíam grupos de educação em saúde. No início da intervenção, o grupo ocorria a cada 15 dias, logo no final da intervenção, o grupo já estava realizando suas atividades semanalmente, devido a grande procura. Todos os profissionais estavam engajados na intervenção, após capacitações, melhoramos o acolhimento, tanto na sala de enfermagem, facilitando os retornos, como na sala de procedimentos, encaminhando os pacientes com sinais alterados pra consulta de enfermagem.

Completando no final de 2014, um ano de formada, percebo meu crescimento pessoal e profissional. No início as inseguranças eram enormes e não sabíamos ajudar na condução de uma equipe de estratégia de saúde da família, hoje, percebo que a prática clínica e a especialização foram suporte e aprendizado. Guardarei as lembranças de uma convivência agradável com a equipe, dificuldades superadas no dia-a-dia, visitas domiciliares cheias de solidariedade e um amor pela saúde coletiva.

6. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 26 de maio de 2014.

Disponível em: <www.datasus.gov.br/SIAB>. Acesso em 26 de maio de 2014.

ANEXOS




[illegible]

Anexo 2 – Planilha de coleta de dados para o Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
|---|--|---|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|---|--|--|--|
| 1 | Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1 | | | | | | | | | |
| 2 | Dados para Coleta | Número do paciente | Nome do paciente | Idade do paciente | O paciente é hipertenso? | O paciente é diabético? | O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo? | O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo? | O paciente necessita tomar medicamentos? | Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular? |
| 3 | Orientações de preenchimento | de 1 até o total de pacientes cadastrados | Nome | Em anos | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 4 | | 1 | | | | | | | | |
| 5 | | 2 | | | | | | | | |
| 6 | | 3 | | | | | | | | |
| 7 | | 4 | | | | | | | | |
| 8 | | 5 | | | | | | | | |

| K | L | M | N | O | P | Q | R | S |
|---|---|--|---|---|---|--|---|--|
| O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo? | Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso? | O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento? | A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia? | O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável? | O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular? | O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo? | O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal? |
| 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Anexo 3 – Documento de Aprovação do Comitê de Ética

| | |
|---|----------------------------|
|  UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | |
| OF. 15/12 | Pelotas, 08 de março 2012. |
| Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa | |
| <i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i> | |
| Prezada Pesquisadora; | |
| Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. | |
|  Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL | |
|  | |